Formular: ärztlich verordnete Behandlungspflege

Frau / Herr _____ geb. am _____

wohnt ab dem _____ für eine begrenzte Zeit in unserer Einrichtung.

Wir bitten Sie, Ihre Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege schriftlich zu erteilen.

	Tätigkeit	**Häufigkeit**	**Präparat / Bemerkung**
	Injektionen s.c.		Präparate bitte auf Überleitung
	Dekubitusversorgung St. 1+2		
	Dekubitusversorgung St. 2 (3+)		
	Dekubitusversorgung St. 3 + 4		
	RR-Messung		
	BZ-Messung		
	Medikamentengabe		Präparate bitte auf Überleitung
	Bilanzierung		
	Augentropfen		
	Medizin. Einreibung + Wickel		
	Wundversorgung und -pflege		
	Verbandswechsel		
	Stomaversorgung		
	Kompressionsstrümpfe		
	Kompressionsverband		
	Magensonde + enterale Ernährung		
	Parenterale Ernährung		
	Versorgung Tracheostoma		
	Absaugen		
	Katheterisierung		
	Blasenspülung		
	Einlauf, Klistier, Klysma		
	Digitales Ausräumen		
	Infusionstherapie		
	Pflege ZVK / Post		
	Beatmungspflege		

Sonstiges:

_____

_____

_____

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift des Arztes / Stempel

Archivierung: Kundenakte / 30 Jahre